

Выпускная квалификационная работа на тему:
**ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА
СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ У ЖЕНЩИН**
по направлению подготовки 37.03.01 - Психология

Рецензент:
канд. психол. наук, доцент СПбГУ

Зиновьева Е. В.

_____ (подпись)

Выполнил: студент
Московских Валерия Павловна

_____ (подпись)

Научный руководитель:
канд. психол. наук, доцент СПбГУ
Александровна Ольга Владимировна
_____ (подпись)

АННОТАЦИЯ

Для изучения взаимосвязи влияния субъективной оценки стресса на пищевое поведение женщин, а так же взаимосвязи копинг-стратегий и пищевого поведения было обследовано 52 женщины с отсутствием хронических заболеваний и ранее диагностируемых расстройств пищевого поведения. Измерялись: пищевое поведение (Голландский опросник пищевого поведения, шкала оценки пищевого поведения), копинг-механизмы («способы совладающего поведения» Лазаруса), субъективная оценка стресса (авторская анкета отношения к стрессу). Обработка данных: Восприятие стресса как негативного фактора ведет к изменению пищевого поведения, а именно к нарушениям. Женщины, которые не могут положительно переосмыслить проблемную ситуацию, имеют проблемы с пищевым поведением. Так же была выявлены следующие корреляции: при стратегии «бегство-избегание» у женщин наблюдается превышение по шкале эмоциогенный тип питания (Голландский опросник пищевого поведение), при стратегии «положительная переоценка» женщины дают более позитивную субъективную оценку стрессу. Таким образом, то, как мы оцениваем стресс, влияет на наше отношение с едой. Преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста напрямую связано с пищевым поведением.

ABSTRACT

To study the relations between the impact of subjective stress assessment on women's eating behavior and also the relationship between coping strategy and eating behavior 52 females were screened, all of them with no chronic disease and eating disorders. The following characteristics were measured: eating behavior (Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) and "Behavioral self-regulatory style" by V. I. Morosanova); Ways of Coping Questionnaire (WCQ Folkman & Lazarus), subjective assessment of stress (author's questionnaire of attitude to stress). Data analysis: descriptive statistics (mean values and standard deviations), contingency tables, correlation analysis. Results: the attitude to stress as a negative event leads to a change in eating behavior, namely, disorders. Women, who cannot positively rethink the problem situation, have problems with food behavior. The following correlations were also revealed: with the strategy of "escape-avoidance" in women there is an excess on the scale of emotional type of nutrition, with the strategy of "positive reappraisal", women give a more positive subjective assessment of stress. Thus stress assessment affects our relationship with food. Overcoming negative feelings in connection with the problem due to its positive rethinking, its consideration as an incentive for personal growth is directly related to food behavior.

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	8
1.1 Психологические исследования нарушения пищевого поведения.....	8
1.1.1 Определение пищевого поведения.....	8
1.1.2 Расстройства пищевого поведения	11
1.2 Определение стресса.....	17
1.3 Понятие копинг-стратегии	19
1.4 Исследования взаимосвязи стресса и пищевого поведения.....	21
ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	25
2.1 Предмет исследования.....	25
2.2 Описание выборки	25
2.3 Цели и задачи исследования	25
2.4 Гипотезы исследования	25
2.5 Методы исследования.....	26
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	28
3.1 Анализ результатов исследования пищевого поведения.....	28
3.2 Анализ результатов исследования субъективной оценки стресса.....	29
3.2.1 Общее отношение к стрессу..	29
3.2.2 Анализ результатов открытых вопросов..	34

3.3 Анализ результатов исследования взаимосвязи пищевого поведения и стрессовой ситуации.	37
3.4 Анализ данных по методике копинг-тест Лазаруса..	38
3.5 Корреляционный анализ.....	39
ВЫВОДЫ.....	44
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	46
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	48
ПРИЛОЖЕНИЕ А	53

ВВЕДЕНИЕ

В современном ритме жизни мы подвержены влиянию стресса во всех сферах. Все мы в той или иной мере сталкиваемся со стрессом почти каждый день. Кроме того стресс влияет на наш образ жизни, в частности на наше пищевое поведение. Тема пищевого поведения становится все более актуальной. Все чаще можно наблюдать нарушения или просто небольшие отклонения от нормы у разных людей. Однако до их пор не понятно, как именно стресс может оказать влияние на наши пищевые привычки. Исследований в данной области проведено недостаточно, чтобы получить точные данные и с уверенностью ответить на этот вопрос. Может ли наше личное отношение к стрессовой ситуации повлиять на ее итог? Какие группы женщин в большей степени подвержены изменению пищевого поведения во время стресса? В нашем исследовании мы постарались найти ответы на эти вопросы.

Цель исследования: изучение влияния субъективной оценки стресса на пищевое поведение женщин, а так же взаимосвязи копинг-стратегий и пищевого поведения.

Задачи исследования:

1. Изучить пищевое поведение респондентов, выявить отклонения от нормы.
2. Изучить субъективную оценку стресса.
3. Проанализировать взаимосвязь пищевого поведения и субъективной оценки стресса.
4. Выявить взаимосвязи между копинг-стратегиями, пищевым поведением и субъективной оценки стресса у женщин.

Объект исследования: пищевое поведение женщин и субъективная оценка стресса.

Предмет исследования: особенности пищевого поведения женщин, влияние субъективной оценки стресса на пищевое поведение женщин.

Гипотезы исследования:

1. Восприятие стресса как негативного фактора ведет к нарушениям пищевого поведения.
2. При стратегии «бегство-избегание» у женщин будут превышение по шкале эмоциогенный тип питания (Голландский опросник пищевого поведения).
3. При стратегии «положительная переоценка» женщины будут давать более позитивную субъективную оценку стрессу.

Методы исследования:

1. Методика «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ)
2. Тест отношения к приему пищи.
3. Опросник «способы совладающего поведения» Лазаруса.
4. Авторская анкета отношения к стрессу.

ГЛАВА 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Психологические исследования нарушения пищевого поведения

1.1.1. Определение пищевого поведения

Существует несколько подходов к определению пищевого поведения. В отечественной и зарубежной литературе под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа [19]. Можно сказать, что это совокупность наших привычек, связанных с приемом пищи. Пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые носят индивидуальный характер. Для полного раскрытия определения необходимо рассмотреть различные подходы к изучению биологической и психологической точки зрения.

К физиологическим потребностям относятся привычки – «сформированные в процессе онтогенеза стереотипные действия очень высокой степени прочности и автоматизации» [34]. Пищевые привычки в основном определяются традициями семьи и общества, религиозными представлениями, жизненным опытом, модой, также стоит упомянуть про экономические и личностные причины. Стил ь пищевого поведения отражает эмоциональные потребности и душевное состояние человека. Питание – важнейшая биологическая функция и с первых минут жизни человека не только играет роль в удовлетворении голода, но и приносит избавление от телесного дискомфорта во время грудного кормления. Грудное вскармливание способствует появлению связи между матерью и младенцем. Именно эта связь дает ребенку впоследствии чувство защищенности. Ребенок понимает что «его любят», благодаря процессу насыщения [2].

Есть, чтобы жить, или жить, чтобы есть – вопрос о ценности питания. Потребность в пище является одной из первичных, биологических потребностей, она направлена на поддержание гомеостаза. В первую очередь мы едим для того, чтобы получать необходимую энергию, строить новые клетки и создавать все сложные химические соединения, необходимые для жизни. Но чаще всего для человека этого недостаточно, мы не ограничиваемся жизненно необходимым минимумом калорий. То, сколько и когда мы едим, определенные продукты и их сочетания у каждого человека индивидуальны. Роль физиологических механизмов приема пищи состоит в регулировании веса тела, обеспечении разнообразия питания и сохранения баланса. На физиологическом уровне это можно рассматривать как механизм ответной реакции. Наше поведение, связанное с потреблением пищи, определяет прием питательных веществ, необходимых для функционирования нашего организма. Два главных набора физиологических сигналов отвечают за стимулирование и прекращение приема пищи. Один набор сигналов стимулирует прием пищи и основан на запасе жира в организме. Второй набор физиологических сигналов связан с прекращением приема пищи, эти физиологические сигналы вызывают ощущение сытости. Именно эти два фактора и обеспечивают регулярный прием пищи, который предназначен для поддержания веса тела и определенного количества питательных веществ. Голод — это состояние, вызванное недостаточным поступлением веществ, необходимых для поддержания постоянства среды внутри организма. Голод также, уже с точки зрения психологии, означает субъективный опыт, или ощущение, связанное с желанием получить и съесть еду. Это субъективное чувство голода представляет собой физиологические ощущения в теле, голове, спазмы в желудке, головокружение, тошноту, давление в горле. Различают четыре категории прекращения приема пищи:

1. сенсорно-специфическое насыщение (это совокупность запахов, вкуса, температуры и состава пищи, «приятность» и эстетичность потребляемой пищи);
2. когнитивные процессы (определённые убеждения о свойствах пищи, и о том, как они влияют на человека);
3. эффект после употребления пищи (физиологический компонент);
4. эффект после всасывания веществ (каскад насыщения). [19]

В настоящее время проведено множество исследований, которые подтверждают социальное значение пищи для человека. Все наше пищевое поведение в той или иной мере взаимодействует с межличностными отношениями. Еда в нашем мире – неотъемлемая составляющая жизни. Кроме того, традиции, пищевые привычки отражают уровень развития культуры, национальную, территориальную и религиозную принадлежность.

На пищевое поведение в большей степени влияет процесс воспитания, привычки, сформированные в детстве, отношение к пище в семье. [19]

В пищевом поведении различают: гармоничное или адекватное пищевое поведение и девиантное или отклоняющееся. Норма и патология зависят от множества параметров, в частности – от места, которое занимает процесс приема пищи в иерархии личностных ценностей человека, от количественных и качественных показателей питания и т.д. На выработку стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса, существенное влияние оказывают этнокультурные факторы [19].

Можно сделать вывод, что пищевое поведение человека направлено на удовлетворение не только биологических и физиологических, но и психологических и социальных потребностей. Проблема пищевого поведения, а именно потребления пищи требует отдельного изучения [3]. Еда – это средство выживания, поддержание энергетического баланса. Прием пищи – это наша базовая потребность. Однако в настоящее время проведены исследования,

которые подтверждают тот факт, что пища играет для человека еще большую роль, например, является средством разрядки психоэмоционального напряжения, наслаждения, самоутверждения, поддержания определенных ритуалов и традиций. Еда может компенсировать определенные потребности, выступать в качестве награды или наказания [10].

Пищевое поведение человека включает в себя нормальные пищевые паттерны, эпизодические пищевые расстройства и нарушения пищевого поведения.

1.1.2. Расстройства пищевого поведения

«Справочник по диагностике и систематике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV) определяет три вида нарушений пищевого поведения:

1. нервную анорексию;
2. нервную булимию;
3. и неуточненные расстройства пищевого поведения, в частности, расстройство или компульсивное переедание (Binge Eating).

«Международная классификация психических болезней» 10-го пересмотра (МКБ-10), используемая в нашей стране, рассматривает «Расстройства приема пищи» (F50) в разделе F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» и включает нервную анорексию и нервную булимию [18].

Нервная анорексия (anorexia nervosa) (от греческого *отрицательная приставка an – и orexis – appetit*), представляет собой «сознательное ограничение в еде с целью похудения в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко переоцениваемой полноты» [12]. Данное расстройство относится к пограничным психическим заболеваниям. Чаще всего развивается у девушек в пубертатном и юношеском возрасте и выражается в сознательном

отказе от еды с целью похудения, нарастающих вторичных соматоэндокринных сдвигах вплоть до кахексии и развития аменореи [5]. Отказ от еды чаще связан с недовольством своей внешностью и, в частности, избыточной полнотой (дисморфомания) [13]. Пациенты сознательно, длительное время тщательно скрывают истинную причину своего похудения. Под наблюдением клинических психологов и психиатров они оказываются, как правило, на стадии кахексии и по витальным показаниям. Лечение стационарное в психиатрической больнице. В динамике синдрома нервной анорексии выделяют четыре стадии [15]:

1. инициальная;
2. активной коррекции;
3. кахексия;
4. редукция синдрома.

Первая стадия нервной анорексии — инициальная — имеет свои особенности. Больные выражают недовольство преимущественно избыточной полнотой либо всей фигуры, либо отдельных частей тела («толстый живот», «круглые щеки», «толстые бедра»). Больным не нравится их фигура, поскольку она не соответствует их идеалу, иногда они стремятся к похуданию с целью подражания кому-либо. В отличие от типичного синдрома дисморфомании, также не выражены идеи отношения и депрессия [13]. На стадии активной коррекции пациенты прибегают к различным способам снижения веса. Прежде всего, это ограничение количества пищи, исключение из пищевого рациона отдельных продуктов, строгая диета, специальные физические упражнения (до полного изнурения), прием больших доз слабительных средств, сон в холоде, применение клизм, искусственное вызывание рвоты с целью освобождения желудка от только что съеденной пищи, иногда в большом количестве, в связи с возможными приступами булимии (сильное чувство голода с невозможностью насыщения). На этой стадии присоединяются соматические проявления, наступает аменорея, приобретающая стойкий выраженный

характер. На стадии кахексии имеется клиническая картина алиментарной дистрофии: снижение массы тела более чем на 50%, отсутствие подкожно-жировой клетчатки, сухость и бледность кожных покровов, акроцианоз, зябкость, ломкость ногтей, выпадение волос, разрушение зубов, брадикардия, снижение артериального давления, патология со стороны желудочно-кишечного тракта и т.д. [7,8]. На ранних стадиях больные очень подвижны, активны, деятельны, в то время как на стадии кахексии наступает адинамия, потеря трудоспособности. В связи с отсутствием критики к состоянию больные продолжают голодать, несмотря на крайне низкий вес. В процессе лечения по мере повышения веса тела вновь усиливаются мысли об избыточной полноте, страх перед пищей. При правильном лечении больные в течение 2-3 месяцев набирают вес до крайней границы нормы, менструации восстанавливаются несколько позже – через 8 месяцев – 1 год.

Нервная булимия (бычий голод) (от греч. *Bu(s)* – бык и *limos* – голод). Нервная булимия представляет собой синдром, характеризующийся повторными приступами переедания и выраженным беспокойством по поводу массы тела, что приводит к выработке следующего стиля поведения: эпизоды обжорства, сопровождаемые компенсаторным поведением – индуцированием рвоты, использованием слабительных средств, чрезмерной физической активностью. Это расстройство имеет много общего с нервной анорексией, включая сверхзабоченность своей фигурой и массой тела на фоне дисморфоманических идей [15]. Нервная булимия является относительно молодой нозологической формой: так первое медицинское описание данной патологии было сделано в начале XX века, а R. Casper в обзорном исследовании указывает, что временем появления данного заболевания следует считать 40-е годы прошлого столетия [26]. Однако исторические источники указывают, что в древности к индуцированной рвоте прибегали жители Египта, Греции, Рима, России и ряда арабских стран. К примеру, в древнем Риме существовали vomitorии, которые люди посещали для того чтобы употребить рвотное

средство, а древний философ Сенека писал: «Люди ели, чтобы вызвать рвоту, и вызывали рвоту, чтобы есть» [30]. Впервые термин «нервная булимия» был введен G. Russel в 1979 г. для описания неблагоприятного злокачественного варианта нервной анорексии. Во время длительного периода субклинических нарушений или в развернутой стадии пациенты часто первично обращаются за помощью к врачам общей практики, в том числе по поводу возникающих соматических патологий. Распространенность нервной булимии в популяции среди женщин составляет от 1,1 до 4,2%, а заболеваемость 26,5 случаев в год на 100 000 населения. Заболевание начинается в возрастном интервале 15–25 лет. Женщины в 8–10 раз чаще страдают данной патологией, чем мужчины. В американских работах указывается, что 10% девушек в возрасте до 13 лет сообщают о самовывзывании рвоты с целью снизить массу тела, а в старших классах процент возрастает до 25–35. С психологической точки зрения у больных с легкими субклиническими формами имеются идеи, связанные с их весом, формой тела и стереотипом питания, доминирующего характера; у пациентов с выраженными манифестными формами данные идеи становятся сверхценными [32].

Диагностические критерии нервной булимии:

1. Неоднократно повторяющиеся «приступы обжорства» (булимические кризы, binge-eating), характеризующиеся двумя признаками: потребление пищи за определенный промежуток времени (как правило, не превышающий 2 часов) в количестве, намного превышающем количество, съедаемое большинством людей при прочих равных условиях в тот же промежуток времени. Чувство потери контроля над пищевым поведением во время эпизода переедания.

2. Регулярное принятие неадекватных мер по борьбе с увеличением массы тела (компенсирующее поведение): использование самопроизвольных рвот, злоупотребление клизмами, слабительными, мочегонными или другими лекарственными средствами, ограничение себя в еде, чрезмерная физическая активность.

3. Приступы переедания повторяются не менее двух раз в неделю в течение 3 месяцев (в проекте DSM-V не менее одного раза в неделю).

4. Уровень самооценки чрезмерно зависит от формы тела и веса.

5. Имеется искаженное восприятие своего облика.

Классификация нервной булимии:

1. с очистительными процедурами: в текущей стадии заболевания субъект регулярно вызывает рвоту или неоправданно пользуется слабительными или мочегонными препаратами или клизмой;

2. без очистительных процедур: в текущей стадии заболевания субъект регулярно практикует другие виды компенсирующего поведения: голодание, чрезмерная физическая активность, но не прибегает к очистительным процедурам.

Компульсивное переедание. Клинически значимые нарушения пищевого поведения, которые не удовлетворяют диагностическим критериям нервной анорексии или булимии. Binge-Eating Disorder, (BED) по своим клиническим проявлениям имеет сходство с нервной булимией за исключением регулярности дезадаптивного компенсаторного поведения (например, самовызывания рвоты). В качестве исследовательских критериев для этого расстройства в DSM-IV приводятся следующие:

Повторяющиеся эпизоды переедания, характеризующиеся:

1. употреблением определено большого количества пищи (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот же промежуток времени при подобных обстоятельствах) за очерченный (например, двухчасовой) промежуток времени;

2. чувство утраты контроля над приемом пищи (ощущение того, что в течение эпизода прием пищи находится вне волевого контроля, т. е. ощущение

неспособности остановить прием пищи или контролировать, какая пища или в каком количестве употребляется) [42].

При оценке компульсивного переедания затруднения могут быть вызваны оценкой времени окончания и размеров эпизода переедания, т. к., в отличие от эпизода при нервной булимии, он не заканчивается рвотой и утрата контроля над приемом пищи может продолжаться несколько часов. Было обнаружено, что 24 % эпизодов переедания у женщин с диагнозом BED продолжаются на протяжении целого дня. У лиц, предъявляющих жалобы на наличие эпизодов обжорства, зачастую обнаруживаются эпизоды переедания, которые бывают трудно отличимые от приема пищи здоровыми людьми. Для уточненной оценки следует основываться на следующих критериях. Наличие (как минимум 3 из 5) сопряженных поведенческих симптомов (высокая скорость еды, переедание при отсутствии чувства голода, прекращение еды лишь при появлении дискомфортных ощущений, еда в одиночку из-за смущения по поводу объема поглощенной пищи, чувство неудовлетворенности собой, подавленности или вины после эпизода переедания). Это беспокойство обычно связывается пациентами с чувством «утраты контроля» над приемом пищи и последствиями этого поведения для здоровья.

Помимо трех типов расстройств пищевого поведения, рассмотренных выше, выделяют еще эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение. Экстернальное пищевое поведение связано с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи: человек с таким поведением ест не в ответ на внутренние стимулы (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, пустой желудок и т. д.), а на внешние: запах и внешний вид пищи, еда за компанию, витрина продуктового магазина, реклама продуктов. Другим типом нарушений пищевого поведения является эмоциогенное пищевое поведение. Такое нарушение наиболее характерно для эмоциональных женщин, но встречается и у людей любого пола. При этом типе пищевого нарушения стимулом к приему пищи является не голод, а

эмоциональный дискомфорт: человек ест не потому, что голоден, а потому, что беспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он обижен, разочарован, ему скучно, одиноко и т. д. Третий тип нарушений пищевого поведения – ограничительное пищевое поведение. Так называют избыточное пищевое самоограничение и бессистемное соблюдение чрезмерно строгой диеты. Такого рода диету невозможно соблюдать долгое время, и достаточно быстро ей на смену приходят периоды выраженного переедания. В результате такого поведения человек находится в постоянном стрессе – в период ограничений он страдает от сильного голода, а во время переедания страдает от того, что опять набирает вес и все его усилия были напрасными.

1.2. Определение стресса

Дать общее определение стрессу и операционализировать его достаточно сложно. Возьмем за основу определение Лазаруса и Фолкмана: «стресс – это состояние, вызывающее отвращение, в котором благополучие организма находится под угрозой, и предполагается, что оно является результатом восприятия человека, что требования окружающей среды превышают, или угрожают превысить допустимые ресурсы, с помощью которых можно их удовлетворить».[47]

Одним из общих определений стресса так же может быть следующее: «Стресс — это такое психологическое состояние организма, когда существует несоответствие между его способностью удовлетворительно справиться с требованиями окружающей среды и уровнем таких требований» (Fogiel M., 1980). [43]

Согласно дифференциации, предложенной R. Nitsche в 1981 году стресс — это многозначное понятие, включающее четыре основных значения.

- Стресс как событие, несущее дополнительную нагрузку. В этом случае стресс является ситуативным, раздражающим феноменом, который отягощает, усложняет течение событий.

- Стресс как реакция. Стресс может быть реакцией на определенное событие и в этом случае называется эмоциональной реакцией, связанной со стрессом (стрессовым переживанием).

- Стресс как промежуточная переменная. В этом случае стресс рассматривается в виде промежуточного процесса между раздражителем и реакцией на него.

- Стресс как транзактный процесс. [11]

Стресс может быть представлен процессом столкновения индивида с окружающим миром. R. S. Lazarus, R. Launier(1981) считают, что стресс как транзактный процесс начинается со специфической оценки какого-либо события и собственных ресурсов по его преодолению. В результате формируются связанные со стрессом эмоции, возникают адаптивные реакции (копинг). В этом случае стресс является процессом, который протекает в постоянном взаимодействии индивида с окружающим миром. [48]

Стрессы могут вызывать расстройства физической, психической и социальной составляющих целостности человека. Стрессовые реакции, или ответы на воздействие стресса, могут быть физиологическими, поведенческими, когнитивными и эмоциональными. [1]

В качестве стрессоров рассматриваются жизненные события, которые систематизируются по размеру негативной валентности и времени, требуемому на реадaptацию. В зависимости от этого различают повседневные сложности (трудности, неприятности) или повседневные микрострессоры, критические жизненные или травматические события и хронические стрессоры. M. Perrez, R. Berger, P. Wilhelm (1998) при систематизации стрессоров по негативной валентности выделяют диапазон их валентности от низкой до высокой. Бремя,

требуемое на реадaptацию, при повседневных сложностях составляет минуты или часы, при критических жизненных событиях — недели или месяцы, хронические стрессоры иногда длятся годами.[52]

1.3. Понятие копинг-стратегии

Проблема копинга была поднята еще в середине прошлого века [25] и в настоящее время психологическая наука имеет много определений этого понятия, именно благодаря исследованиям психологического стресса.

Понятие "coping" происходит от английского "cope", что означает преодолевать. В научной литературе термин "coping" в широком смысле включает в себя все виды взаимодействия субъекта с задачами внешнего и внутреннего характера, а в более узком — определяется, как стратегия действия для приспособления к условиям ситуации [33]. Он может пониматься как «индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями» [22].

Под копингом понимаются «постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие способы преодоления специфических внешних и внутренних требований, которые оцениваются человеком как значительные или превосходящие его возможности» [47].

Из-за того, что интерес к копинг-стратегиям возник в психологии относительно недавно и из-за сложности этого феномена, до сих пор нет единой классификации копинг-поведения. Работы и исследования пока ещё являются достаточно разрозненными, поэтому почти каждый новый исследователь при изучении проблематики совладающего поведения предлагает свою классификацию.

Лазарус и Фолкман предложили дихотомическую классификацию копинг-стратегий, выделив их следующую направленность:

- проблемно-фокусированные стратегии (11 копинговых действий);
- эмоционально-фокусированные стратегии (62 копинговых действия).

Моос и Шеффер выделяют три стратегии [50]:

- сфокусированная на оценке (установление для себя значения ситуации);
- сфокусированная на проблеме (принятие решений и совершение конкретных действий для преодоления стресса);
- сфокусированная на эмоциях (управление чувствами и поддержание эмоционального равновесия).

Перлини Шулер предлагают следующее [51]:

- стратегия изменения способа видения проблемы;
- стратегия изменения проблемы;
- стратегия управления эмоциональным дистрессом.

Выбор стратегий совладающего поведения обусловлен личностными особенностями и ситуационными факторами. Личностные особенности индивида могут выступать как в качестве ресурсов, так и факторов, препятствующих успешному совладанию с ситуацией. Конструктивность или неконструктивность копинг-стратегий может определяться тем, насколько избранный копинг отвечает возможности адаптации и удержании продуктивности деятельности на необходимом уровне, поскольку в целом предполагается, что «процесс совладания с жизненными трудностями есть процесс мобилизации личностных ресурсов и ресурсов среды, и процесс оптимального их использования» [21].

1.4. Ранее проводимые исследования

Стресс был изучен и в экспериментальных, и в корреляционных исследованиях. В экспериментальном исследовании факторы стресса включают

манипуляции с настроением, когнитивные задания и физические факторы, которые могут быть представлены в лаборатории. Одно из преимуществ в том, что это гарантирует воздействие одного и того же стрессора на каждого участника эксперимента. Но обычно такие факторы стресса слабее и их воздействие длится меньше, чем естественные факторы, которые встречаются в повседневной жизни.

В корреляционном исследовании основным вопросом является то, как определить и измерить стресс. Ранние исследования были направлены на главные стрессовые события в жизни, например – тяжелая утрата, развод или потеря работы. [46] Более поздние подходы опирались на стрессовую природу многих незначительных жизненных событий. [41] К ним можно отнести раздражающие, но мелкие происшествия, например потеря ключей. Однако оба подхода имеют недостатки. Событие, которое мы определяем как стрессовое, может иметь разные характеристики для разных людей. Одно и то же событие может восприниматься по-разному: потеря работы может рассматриваться как угроза для члена семьи, сообщества или общества, но так же может рассматриваться как избавление от неблагородного и неприятного дела. Очевидно, что точно предсказать последствия воздействия стрессовых факторов сложно. Это связано с тем, что между стрессорами и их последствиями опосредованно действуют другие факторы. К таким факторам относятся качества стрессоров, личностные свойства, компетентность в преодолении нагрузок и социальные факторы (социальная сеть, социальная поддержка).

Но есть еще один подход, с помощью которого можно избежать таких проблем, он заключается в оценке уровня стресса самим испытуемым. Однако такой подход несет новые проблемы, а именно надежность и валидность измерений, сделанных самим испытуемым.

Можно сделать вывод, что нет единого общепринятого подхода к определению и изучению стресса и его воздействия. Тем не менее, разные подходы могут дополнять друг друга. [17]

Взаимосвязи пищевого поведения и стресса посвящено не так много исследований. Однако существует две гипотезы, которые предложили Грино и Уинг [44]: гипотеза общего воздействия заключается в том, что стресс изменяет потребление пищи в общем, и гипотеза индивидуальных различий, которая заключается в том, что стресс приводит к изменениям в питании определенных групп людей (например, страдающих ожирением, ограничивающих себя в пище, женщин). Далее мы рассмотрим наиболее известные исследования, которые опирались на одну из этих гипотез.

Многие ранние исследования опирались на «модель общего воздействия». Она заключается в следующем: под влиянием стрессового фактора на человека происходят физиологические изменения, которые в свою очередь влияют на пищевое поведение. Исследования в этой парадигме были в основном направлены на животных. Примером такого исследования является эксперимент Энтелмэна и его коллег [37]. Они вызывали стресс у крыс – прищипывали им хвосты и наблюдали за тем, как они начинали больше грызть пищу. В подобных исследованиях в качестве стрессоров использовались электрошок и вода, а в более поздних изоляция. Хотя и прищипывание хвостов стимулировало ротовую активность, не ясно, означало ли это то, что потребление пищи было вызвано стрессом.

Исследования этой модели на человеке тоже дали смешанные результаты. В исследовании Беллисла и его коллег в группе мужчин, переживающих острый стресс, количество и тип пищи не изменились. [38] А Мишо, напротив, обнаружил, что стресс, вызванный экзаменом, увеличивает потребление калорий, в особенности из жирной пищи. Хотя различия в потреблении в сравнении с обычными днями были обнаружены только для девочек.[49]

Другая модель взаимосвязи стресса и пищевого поведения основывается на индивидуальных различиях. Она предполагает, что различия в знаниях, анамнезе, пищевых установках или в физиологических показателях могут являться причиной разной степени уязвимости при стрессовом воздействии. Люди с высокой уязвимостью реагируют на стресс посредством внешних или психологических изменений, стимулирующих потребление пищи. Люди с низкой уязвимостью подвергаются другим внешним или психологическим изменениям, не стимулирующих потребление пищи. Однако конкретная природа этих механизмов до сих пор до конца не изучена.

Были проведены некоторые исследования, направленные на гендерное различие. Например, Гранберг и Строб пытались узнать, существуют ли различия между мужчинами и женщинами в степени уязвимости к потреблению пищи, спровоцированному стрессом.[45] Результаты исследования показали, что мужчины, которые не находились в состоянии стресса, съели намного больше еды, чем участники остальных групп. Однако женщины, находящиеся под воздействием стресса, съели в два раза больше сладкой пищи, чем женщины, которые не находились под воздействием стрессоров. Пайн так же проводил исследование, в котором сравнивал мужчин и женщин, страдающих ожирением, и с нормальным весом и обнаружил, что потребление пищи, вызванное стрессом, было более выражено у женщин. [53] Однако в исследовании Стоуна и Браунелла результаты показали, что и мужчины и женщины в ситуации стресса ели меньше, чем обычно. [54]

Недавнее лонгитюдное исследование, проведенное в США, рассматривает, как на аппетит и вес влияют такие гормоны как кортизол, грелин и другие. [39] Так как кортизол вырабатывается в организме под влиянием стресса, корреляция между его уровнем и изменением веса могло подтвердить то, как стресс влияет на аппетит, вес. Но в данном случае однозначных данных не было получено. Можно сказать лишь то, что

повышенный уровень кортизола, инсулина и дальнейшее увеличение уровня хронического стресса приведут в будущем к увеличению массы тела.

В других исследованиях, проводимых в США, было доказано, что при остром стрессе аппетит обычно подавляется [40], хронический стресс, как правило, способствует желанию, поиску и потреблению продуктов с высоким содержанием жиров и углеводов [36]. Данные продольных исследований свидетельствуют о том, что хронический стресс может быть причинно связан с увеличением массы тела, причем больший эффект наблюдается у мужчин [55]. Однако не во всех исследованиях именно хронический стресс был связан с ожирением и увеличением массы тела [56].

Таким образом, можно говорить о том, что нет прямых доказательств гендерных различий в ситуации стресса. Существует множество противоречий в результатах исследований. Однако точно доказано, что стресс может оказывать разное воздействие на питание в разных группах. Тем не менее, чтобы получить более широкое представление об этих взаимосвязях, необходимо значительно большее количество исследований.

ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Объект исследования: пищевое поведение женщин и субъективная оценка стресса.

Предмет исследования: особенности пищевого поведения женщин, влияние субъективной оценки стресса на пищевое поведение женщин.

2.2. Описание выборки

В исследовании приняли женщины в возрасте от 20 до 50 лет. Критерий отбора в исследуемую группу – отсутствие хронических заболеваний и ранее диагностируемых расстройств пищевого поведения.

2.3. Цели и задачи исследования

Цель исследования: изучение влияния субъективной оценки стресса на пищевое поведение женщин, а так же взаимосвязи копинг-стратегий и пищевого поведения.

Задачи исследования:

1. Изучить пищевое поведение респондентов, выявить отклонения от нормы.
2. Изучить субъективную оценку стресса.
3. Проанализировать взаимосвязь пищевого поведения и субъективной оценки стресса.
4. Выявить взаимосвязи между копинг-стратегиями, пищевым поведением и субъективной оценки стресса у женщин.

2.4. Гипотезы исследования

В результате проведенного анализа литературных источников были сформулированы следующие **гипотезы исследования:**

1. Восприятие стресса как негативного фактора ведет к нарушениям пищевого поведения.

2. При стратегии «бегство-избегание» у женщин будут превышение по шкале эмоциогенный тип питания (Голландский опросник пищевого поведение).
3. При стратегии «положительная переоценка» женщины будут давать более позитивную субъективную оценку стрессу.

2.5. Методы исследования

В нашем исследовании были использованы следующие методики:

1. Методика «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ) для оценки расстройств пищевого поведения. Dutch Eating Behavior Questionnaire, сокр. DEBQ. Был создан в 1986 году голландскими психологами на базе факультета питания человека и факультета социальной психологии Сельскохозяйственного университета (Нидерланды) для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения. Целью создания данного опросника было получение простого и валидизированного инструмента для качественной и количественной оценки расстройств пищевого поведения, связанных с перееданием и сопровождающим его ожирением, и дифференцированной выработки стратегии клинической работы с пациентами. При создании опросника использовались три теории переедания, каждая из которых нашла отражение в диагностике соответствующего типа пищевого поведения: эмоциогенного, экстернального и ограничительного.

2. Тест отношения к приему пищи. Скрининговая тестовая методика, разработанная Институтом психиатрии Кларка университета Торонто в 1979 году. В настоящее время шкала ЕАТ-26 является самым распространенным инструментом исследований расстройств пищевого поведения. Тест ЕАТ-26 является скрининговым, высокий балл по нему означает высокую вероятность наличия серьёзного расстройства пищевого поведения - предположительно, анорексии или булимии.

3. Опросник «способы совладающего поведения» Лазаруса. Методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга.

4. Авторская анкета отношения к стрессу. Под цели и задачи нашего исследования были использованы авторские вопросы, касающиеся субъективной оценки стресса женщин. Анкета включает 4 вопроса с множественным выбором и 3 открытых вопроса. Первые три вопроса направлены на общее отношение стресса женщинами. Они касались эмоциональной и поведенческой сфер, физиологических проявлений, общего понимания стресса и его последствий. Четвертый вопрос направлен на выявление взаимосвязи пищевого поведения и стресса, а именно как изменяется пищевое поведение женщин в период стрессовой ситуации. Так же было предложено три открытых вопроса, где респонденты на конкретном примере своей стрессовой ситуации дают характеристику своим чувствам, действия, мыслям и последствиям. Ознакомиться с содержанием анкеты можно в приложение А.

Ознакомиться с содержанием методик можно по ссылке:

goo.gl/Na4qWJ

goo.gl/tZXeYQ

2.6 Математические методы обработки

Описательные статистики (средние и стандартные отклонения), построение таблиц сопряженности и сравнение процентных распределений по хи-квадрату Пирсона, сравнение средних значений по t-критерию Стьюдента. Корреляционный анализ по критерию Спирмена.

Данные, полученные после обработки базовой статистики, представлены в 3 главе.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Анализ результатов исследования пищевого поведения.

Для изучения пищевого поведения у женщин были применены две методики: «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ) и тест отношения к приему пищи (ЕАТ-26) для оценки расстройств пищевого поведения. В выборку попали те женщины, у которых наблюдались превышения хотя бы по одной из трех шкал «Голландского опросника пищевого поведения», а балл по тесту отношения к приему пищи не превышал 20. Тем самым, мы получили выборку из женщин, у которых преобладает ограничительный, эмоциогенный или/и экстернальный типы пищевого поведения и отсутствует вероятность наличия серьезного нарушения (анорексии, булимии).

Средние значения и стандартные отклонения показателей расстройства пищевого поведения по методике DEBQ (Голландский опросник пищевого поведения) отражены в таблице 1. Нормами по данным шкалам являются следующие значения: ограничительное пищевое поведение – 2,4, эмоциогенное пищевое поведение – 1,8, экстернальное пищевое поведение – 2,7.

Таблица 1. Средние значения показателей расстройств пищевого поведения по методике «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ).

Шкала	Среднее	Ст. откл.
Ограничительное пищевое поведение	2,84	0,8
Эмоциогенное пищевое поведение	2,45	1,03
Экстернальное пищевое поведение	3,3	0,5

Анализируя результаты, можно сказать, что все значения по шкалам выше нормы. Наиболее высокие значения у группы по шкале «Эмоциогенное пищевое поведение» (2,4 при норме 1,8). То есть у женщин, принявших участие в исследовании, при эмоциональном напряжении увеличивается аппетит, и

стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт (тревожность, раздражение, обида и т.п.). Еда таким людям приносит не только насыщение, но и успокоение. Также у данной выборки, согласно проведенному исследованию, наблюдаются нарушения пищевого поведения так же и по «ограничительному» типу (2,8 при норме 2,4). То есть женщины страдают избыточными пищевыми самоограничениями и придерживаются строгим диетами. Шкала «экстернальное пищевое поведение» так же имеет более высокие значения в сравнении с нормой (3,3 к 2,7). Это говорит о том, что девушки более склонны есть без внутренних стимулов к приемам пищи, а при внешних стимулах, таких как запах еды, реклама пищевых продуктов, накрытый стол, принимающий пищу человек и т.д.

3.2. Анализ результатов исследования субъективной оценки стресса.

Для изучения информации о том, как женщины оценивают стресс, были разработаны авторские вопросы. Анкета включает 4 вопроса с множественным выбором и 2 открытых вопроса, где респонденты на конкретном примере своей стрессовой ситуации дают характеристику своим чувствам, действия, мыслям и последствиям.

3.2.1. Общее отношение к стрессу.

Первая часть опроса была направлена на общее понимание стресса. Первый вопрос затрагивал эмоциональную и поведенческую сферы и физиологические проявления стресса. Результаты отражены на рисунках 1,2,3.

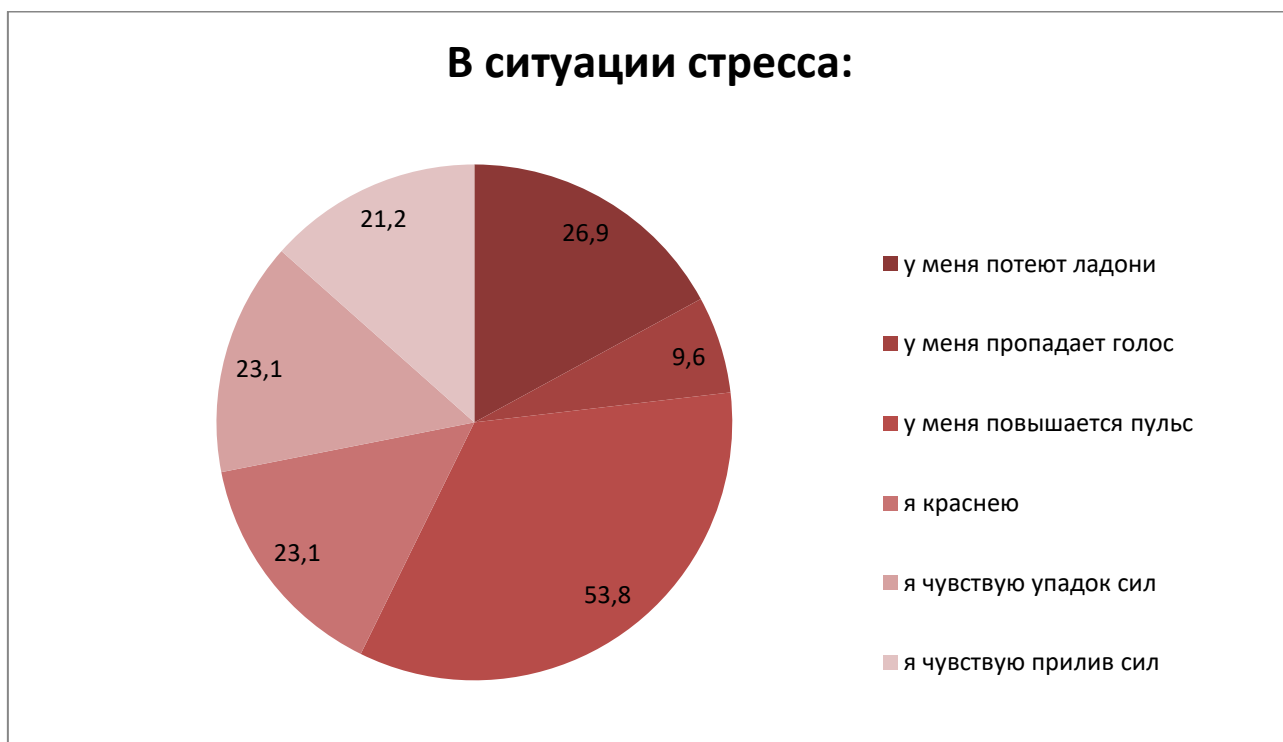
По данным результатам мы видим, что самое частое проявление эмоций при стрессовой ситуации – это тревога и страх.

Рисунок 1. Распределение ответов на вопрос, касающегося общего отношения к стрессу. Эмоциональная сфера.



Говоря о физиологических проявлениях, чаще всего отмечало повышение пульса, а в поведенческой сфере примерно равное процентное соотношения заняли следующие варианты: «я впадаю в ступор», «пропадает желание работать», «я чувствую себя рассеянно», «я быстрее принимаю решения».

Рисунок 2. Распределение ответов на вопрос, касающегося общего отношения к стрессу. Физиологические проявления.



Анализируя полученный результат, можно сказать, что женщины на этом этапе исследования показали, что воспринимают стресс в более негативном ключе. Например, такие шкалы как «интерес и любопытство»(26,9%) и «воодушевление» (11,5%), «я чувствую прилив сил» (21%), «я чувствую себя более мотивированным» (13,5%), «я чувствую себя более внимательным и сконцентрированным» (19,2%) отмечались женщинами в значительной степени меньше.

Рисунок 3. Распределение ответов на вопрос, касающегося общего отношения к стрессу. Поведенческая сфера.



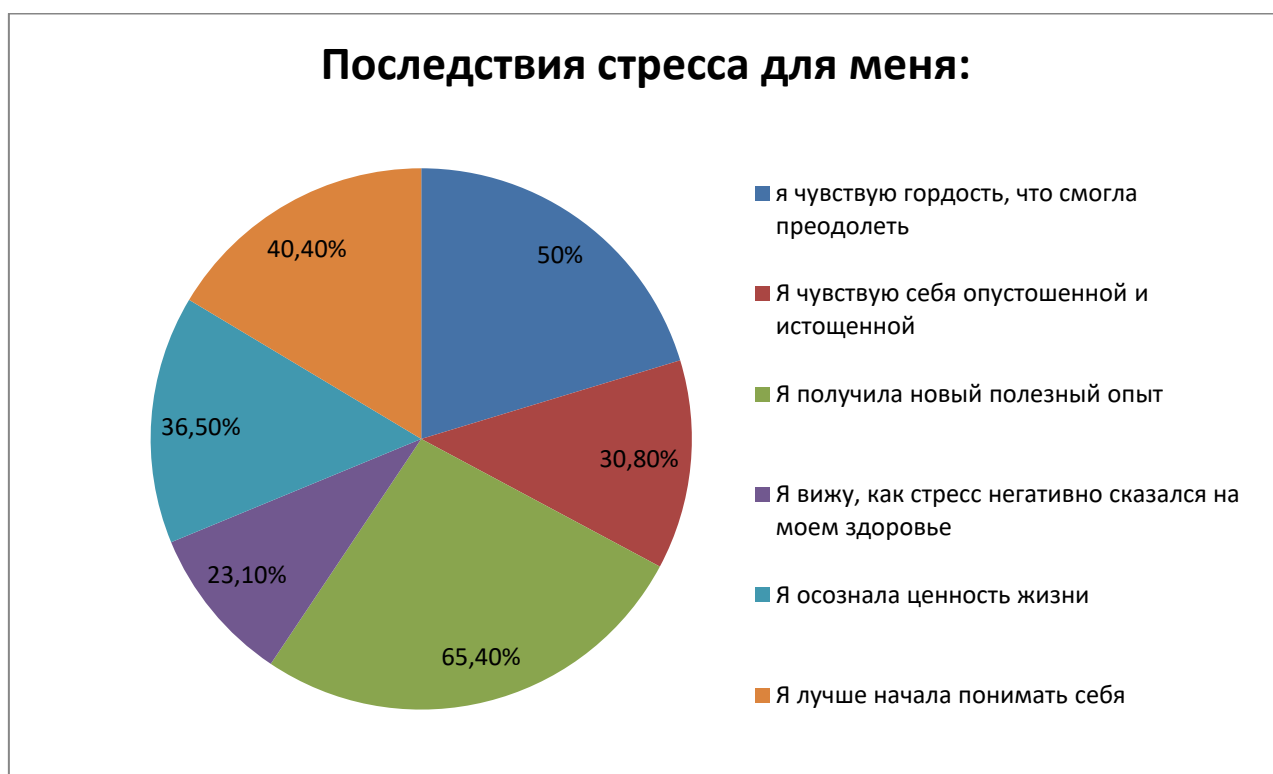
Результаты второго вопроса отражены на рисунке 4. В данном случае ответы были разделены на 2 категории: позитивное отношение и негативное отношение к стрессу. Получены следующие результаты: наибольшее значение у шкалы «стресс мешает моей привычной жизни» (42,3%), данная шкала относится к негативному восприятию. Остальные шкалы имеют примерно одинаковые результаты: «это негативно отразится на моем здоровье» (36,5%), «стресс отвлекает меня от решения проблемы» (38,5%), «стресс – это возможность обучения и развития» (30,8%), «стресс помогает посмотреть на проблему с разных сторон» (38,5%), «ситуация стресса развивает во мне стойкость и упорство» (40,4%).

Рисунок 4. Распределение ответов на вопрос, касающегося общего отношения к стрессу.



Третий вопрос касался последствий стресса. Результаты отражены на рисунке 5. Последствия так же разделены на две категории: позитивные и негативные. В данном случае можно увидеть, что женщины стараются увидеть положительные стороны стресса и в большинстве случаев выбирают позитивные изменения. Наибольшее количество женщин оценивают последствия стресса для себя в позитивном ключе и выбирают следующие варианты ответа: «я получила новый полезный опыт» (65,4%), «я чувствую гордость, что смогла преодолеть это» (50%), «я лучше начала понимать себя» (40,4%). Другие варианты получили следующее процентное соотношение: «я вижу как стресс негативно сказался на моем здоровье» (23,1%), «я чувствую себя опустошённой и истощённой» (30,8%), «я осознала ценность жизни» (36,5%).

Рисунок 5. Распределение ответов на вопрос, касающегося общего отношения к стрессу. Последствия стресса.



3.2.2 Анализ результатов открытых вопросов.

Первый открытый вопрос «Вспомните наиболее яркую стрессовую ситуацию, случившуюся с Вами за последний год. Какие чувства Вы при этом испытывали?» касался эмоций и чувств, которые испытывали респонденты при стрессовом воздействии. Ответы подверглись качественному анализу, и на его основе были выявлены категории, которые встречались наиболее часто, а именно: «тревога, волнение» (42,3%), «страх» (36,5%), «опустошенность, упадок сил» (17,3%), «ступор» (15,4%), «гнев, злость, ненависть» (21,2%), «обида» (13,5%), «беспомощность, отчаяние, неуверенность» (23,1%), «надежда» (9,6%), «прилив сил, активность» (17,3%). Результаты представлены на рисунке 6. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что при стрессовой ситуации женщины из данной выборки в большей степени испытывают тревогу, волнение и страх. Это говорит о том, что стресс на эмоциональном уровне воспринимается как нечто негативное, то, что пугает,

вселяет тревогу. Однако некоторые женщины выделяли такие чувства, как надежда, прилив сил и активности, что говорит о том, что стрессовая ситуация может восприниматься и с более позитивной стороны.

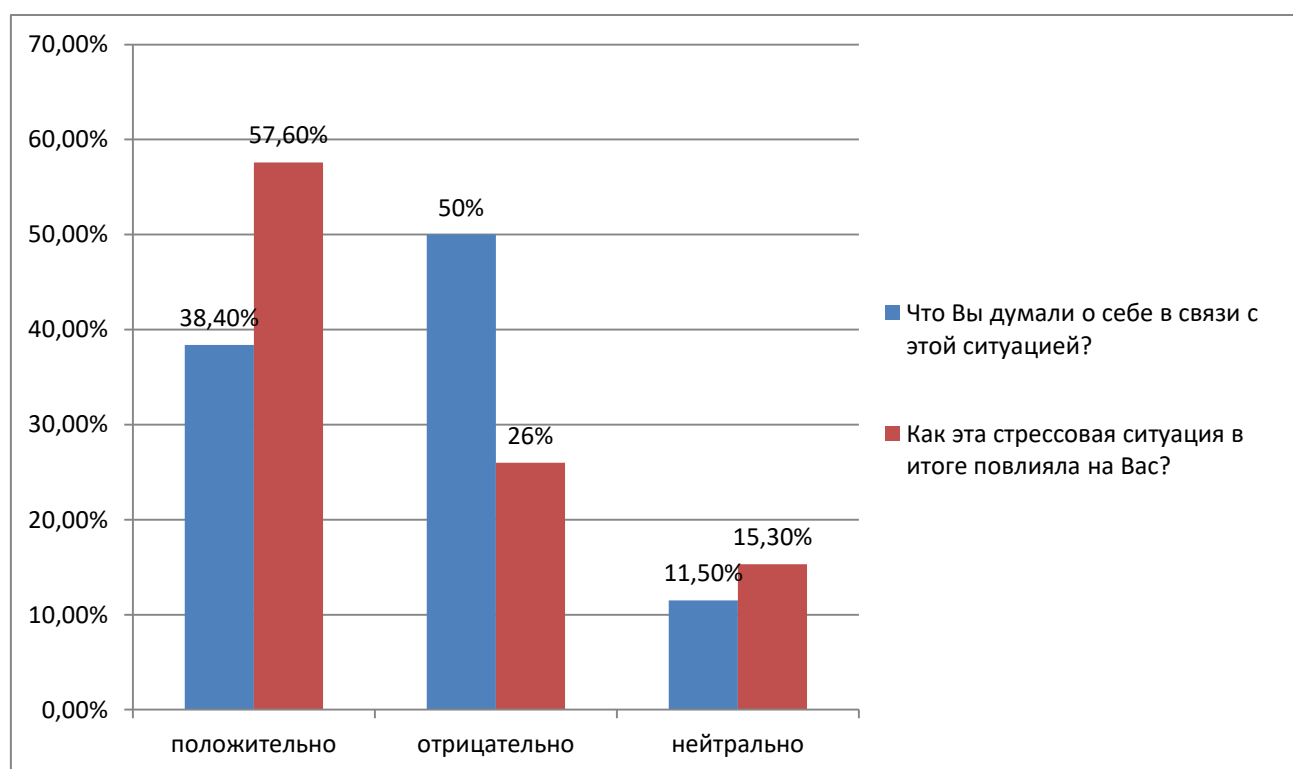
Рисунок 6. Распределение ответов на вопрос «Какие чувства Вы испытывали при стрессовой ситуации?»



Так же респондентам были предложены два других открытых вопроса, а именно «Что Вы думали о себе в связи с этой ситуацией?» и «Как эта стрессовая ситуация в итоге повлияла на Вас?». Ответы подверглись качественному анализу, на основании которого была составлена градация, по которой можно сделать вывод о положительной, отрицательной или нейтральной оценке. На диаграмме (рисунок 7) можно увидеть соотношение ответов на два поставленных вопроса. Половина женщин оценивали себя негативно, наиболее показательными являются следующие ответы на этот вопрос: «я сама виновата в сложившейся ситуации», «я безнадежная, глупая», «я пустое место», «я слабая, жалела себя». Но при этом только 26% по итогу

оценивали ситуацию, как повлиявшую на них в негативном ключе. 57,6% говорили о том, что стрессовая ситуация принесла в их жизнь больше положительного, например: «я приобрела новый опыт, стала более уверенная», «я больше начала ценить жизнь, родных», «эта ситуация закалила меня», «я начала больше времени уделять себе, своему саморазвитию». Нейтральная оценка находится примерно на одном уровне. По данным результат можно сделать вывод, что женщины из данной выборки больше склонны винить себя, быть недовольными собой и своим поведением в стрессовой ситуации, приписывать себе отрицательные качества. Но при этом большинство отмечают положительные изменения и последствия стресса, которые отразились на их жизни.

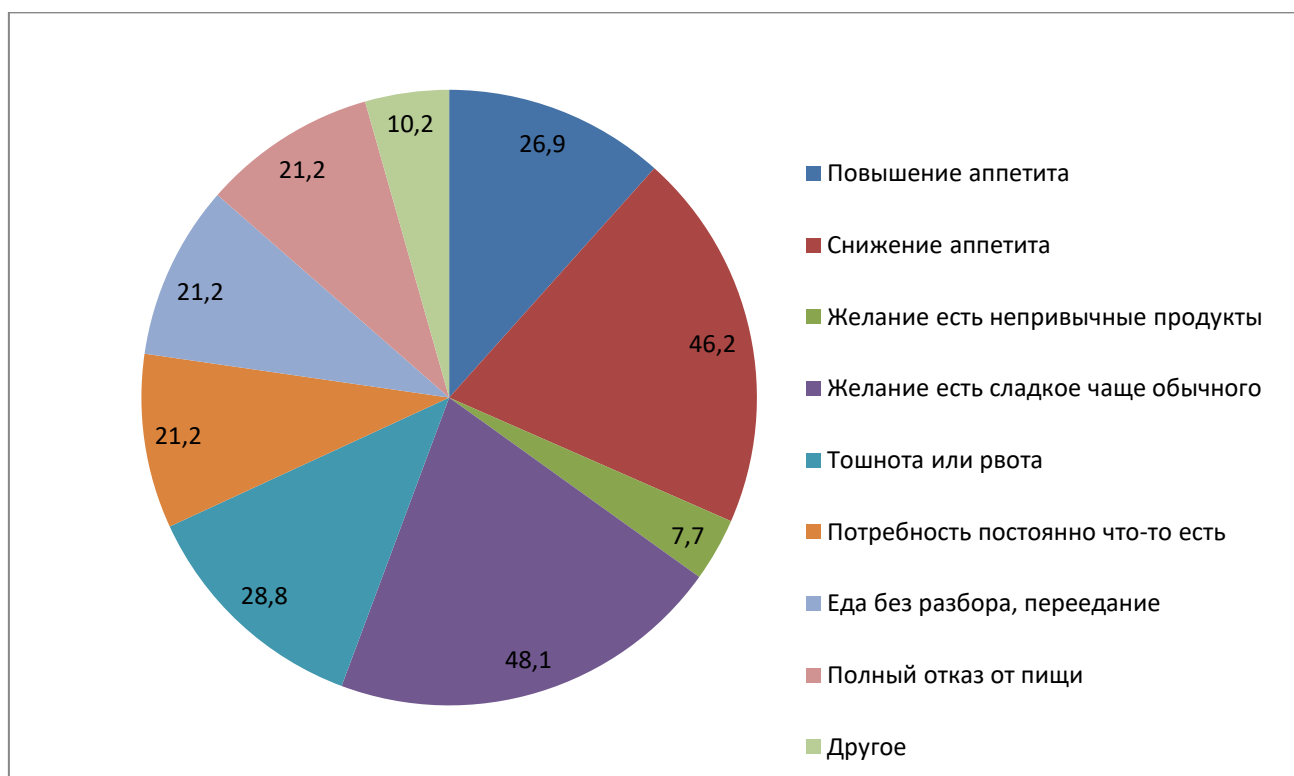
Рисунок 7. Распределение ответов на вопрос «Что Вы думали о себе в связи с этой ситуацией?» и «Как эта стрессовая ситуация в итоге повлияла на Вас?»



3.3 Анализ результатов исследования взаимосвязи пищевого поведения и стрессовой ситуации.

Респондентам так же был представлен открытый вопрос: «Можете ли Вы отметить какие-либо изменения пищевого поведения во время стрессовой ситуации? Если да, то выберите подходящие утверждения». Результаты можно увидеть в круговой диаграмме (рисунок 8).

Рисунок 8. Распределение ответов на вопрос «Можете ли Вы отметить какие-либо изменения пищевого поведения во время стрессовой ситуации? Если да, то выберите подходящие утверждения».



Все женщины из данной выборки отметили у себя какие-либо изменения в пищевом поведении в период стрессовой ситуации. По данным диаграммы мы видим, что наибольшее количество женщин – 48,1%, принимающих участие в исследовании, наблюдают у себя желание есть сладкое чаще обычного в период стресса. Так же 46,2% отмечают снижение аппетита, а повышение аппетита заметили только 26,9% респондентов. 28,8% женщин отмечают у себя тошноту или рвоту. Одинаковое количество опрошенных (21,2%) испытывает

потребность постоянно что-то есть во время стресса, едят без разбора и переедают, полностью отказываются от пищи. Только 7,7% замечают у себя желание есть непривычные продукты.

3.4 Анализ данных по методике копинг-тест Лазаруса.

Для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности респондентам был предложен опросник «способы совладающего поведения» Лазаруса. Средние значения и стандартные отклонения показателей отражены в таблице 2.

Таблица 2. Средние значения показателей значений по опроснику Лазаруса «способы совладающего поведения».

Шкала	Среднее	Ст. откл.
Конфронтация	52,48	2,297
Дистанцирование	53,13	2,273
Самоконтроль	58,44	2,313
Поиск социальной поддержки	66,54	2,217
Принятие ответственности	63,73	2,457
Бегство-избегание	62,40	2,737
Планирование решения проблемы	70,60	1,805
Положительная переоценка	64,52	2,581

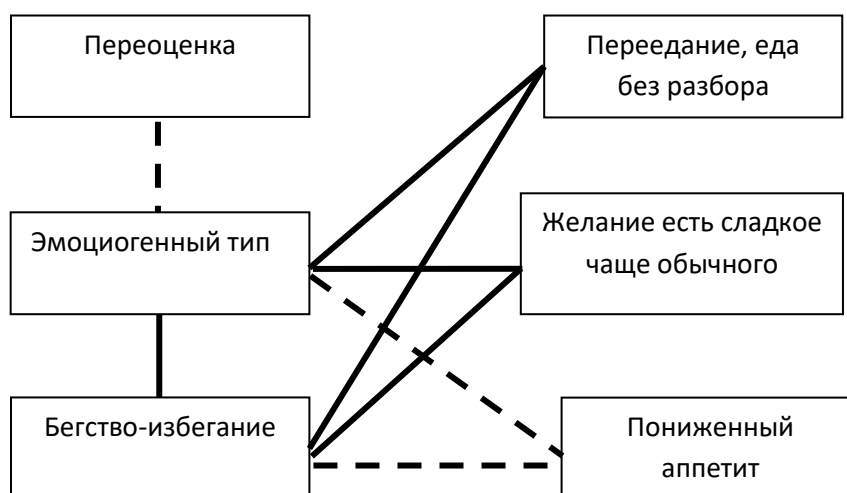
По данным результатам мы видим, что наиболее высокий уровень напряженности наблюдается у копинга – планирование решения проблемы (70,60). Данная стратегия предполагает попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Данный способ решения проблемы рассматривается как адаптивный, способствующий конструктивному разрешению трудностей. Следующие по значениям идут шкалы поиск социальной поддержки (66,54) и положительная

переоценка (64,52). В первом случае характерна ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия. Во втором предполагаются попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Данные шкалы относятся к конструктивным копинг-стратегиям. Неконструктивные копинг-стратегии: конфронтация, дистанцирование имеют не сильно выраженные уровни напряженности, а именно 52,48 и 53,13 соответственно. Стоит отметить, что стратегия бегство-избегание имеет балл 62,40, это говорит о том, что женщины из данной выборки склонны прибегать к отрицанию проблемы, фантазированию, игнорированию проблемы, уклонению от ответственности и т.д.

3.5. Корреляционный анализ

Показатель с максимальной нагрузкой – шкала эмоциогенный тип пищевого поведения (три положительных и две отрицательные взаимосвязи высокой степени надежности 0,01). То есть чем сильнее у женщины выражен эмоциогенный тип пищевого поведения, тем чаще она пользуется стратегией бегство-избегание, чаще переедает и испытывает желание есть сладкое сильнее обычного. При этом взаимосвязь эмоциогенной шкалы и стратегии бегство-избегание отрицательно коррелирует с пониженным аппетитом во время стресса. А так же эмоциогенная шкала имеет отрицательную корреляцию со стратегией переоценки. Это говорит о том, что женщины, которые склонны переедать при эмоциональном напряжении, в меньшей степени используют положительное переосмысление проблемной ситуации, при этом они пытаются преодолеть трудности за счет реагирования по типу уклонения. Статистически достоверные корреляционные взаимосвязи показателей отражены на рисунке 9.

Рисунок 9. Корреляционные взаимосвязи показателей по типам пищевого поведения и стратегиям совладающего поведения.

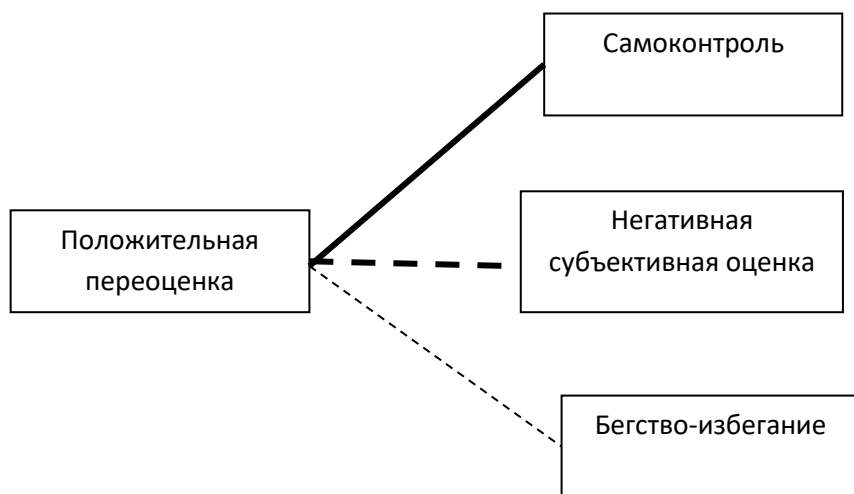


Условные обозначения:

	$R > 0$	$r < 0$
$p < 0,05$	————	-----
$p < 0,01$	—————	- - - -

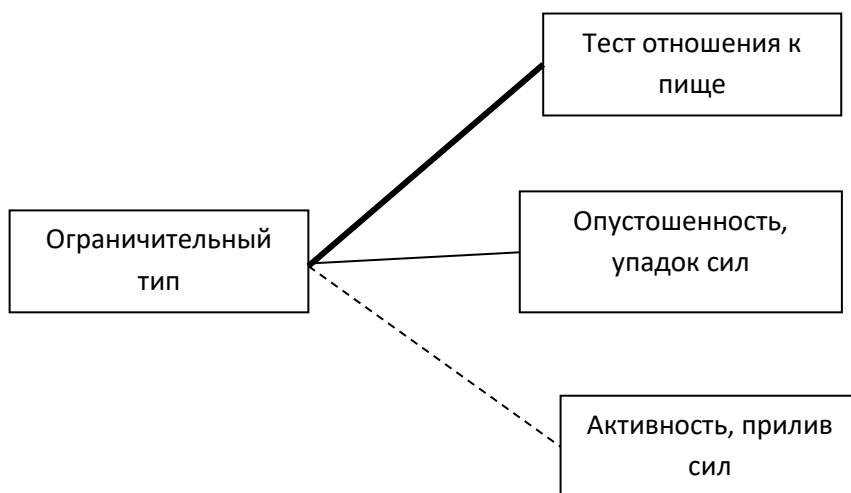
В результате проведенного корреляционного анализа были выявлены значимые положительные взаимосвязи следующих показателей, которые отражены на рисунке 10: стратегия положительной переоценки отрицательно коррелирует со стратегией бегство-избегание и негативной субъективной оценкой себя, но при этом выявлена положительная взаимосвязь со стратегией самоконтроль. Это говорит о том, что у женщин, которые используют положительное переосмысление ситуации, преобладает рациональный подход к проблемным ситуациям. И при этом они не склонны винить себя в данной проблеме.

Рисунок 10. Корреляционные взаимосвязи показателей способов совладающего поведения и субъективной оценки.



Анализ показал взаимосвязь ограничительного типа пищевого поведения с тестом отношения к пище и с чувством опустошенности и упадком сил как последствий стресса. Это говорит о том, что женщины, которые имеют избыточные пищевые самоограничения, имеют большую предрасположенность к нарушениям пищевого поведения и чаще чувствуют себя опустошенно после стрессовой ситуации. Данные можно увидеть на рисунке 11.

Рисунок 11. Корреляционные взаимосвязи показателей типа пищевого поведения с тестом отношения к пище и последствий стресса.



Кроме того были выявлены положительные корреляционные взаимосвязи итогового влияния стресса как негативного с негативным субъективным мнением о себе и высокими значениями теста отношения к пище. То есть женщины, говорившие о том, что стрессовая ситуация в итоге негативно отразилась на их жизни, склонны винить себя, быть недовольными собой и своим поведением в стрессовой ситуации, приписывать себе отрицательные качества и при этом имеют более высокую предрасположенность к нарушениям пищевого поведения. Так же стоит отметить, что у них имелась установка в том, что стресс негативно отразится на их здоровье, и они были уверены, что стресс в любом случае будет мешать их привычной жизни. Данные взаимосвязи отражены на рисунке 12.

Рисунок 12. Корреляционные взаимосвязи показателей влияния стрессовой ситуации, установок, субъективного мнения и теста отношения к пище.



ВЫВОДЫ

Все женщины, принявшие участие в исследовании, не имеют хронических заболеваний и ранее диагностируемых расстройств пищевого поведения. У всех преобладает ограничительный, эмоциогенный или/и экстернальный типы пищевого поведения и отсутствует вероятность наличия серьезного нарушения (анорексии, булимии). По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. При стрессовой ситуации женщины из данной выборки в большей степени испытывают тревогу, волнение и страх, они склонны к негативному восприятию стресса, наиболее часто они отмечали то, что стрессовая ситуация мешает их привычной жизни. Это говорит о том, что стресс на эмоциональном уровне воспринимается как нечто негативное, то, что пугает, вселяет тревогу.

2. Женщины из данной выборки больше склонны винить себя, быть недовольными собой и своим поведением в стрессовой ситуации, приписывать себе отрицательные качества. Но при этом большинство отмечают положительные изменения и последствия стресса, которые отразились на их жизни.

3. Все женщины из данной выборки отметили у себя какие-либо изменения в пищевом поведении в период стрессовой ситуации. Наибольшее количество наблюдает у себя желание есть сладкое чаще обычного и снижение аппетита во время стресса.

4. Чем сильнее у женщины выражен эмоциогенный тип пищевого поведения, тем чаще она пользуется стратегией бегство-избегание, чаще переедает и испытывает желание есть сладкое сильнее обычного. Женщины, которые склонны переедать при эмоциональном напряжении, в меньшей степени используют положительное переосмысление проблемной ситуации, при этом они пытаются преодолеть трудности за счет реагирования по типу уклонения. У женщин, которые используют положительное переосмысление

ситуации, преобладает рациональный подход к проблемным ситуациям. И при этом они не склонны винить себя в данной проблеме.

5. Женщины, которые имеют избыточные пищевые самоограничения, имеют большую предрасположенность к нарушениям пищевого поведения и чаще чувствуют себя опустошенно после стрессовой ситуации.

6. Женщины, воспринимающие стрессовую ситуацию негативно, склонны винить себя, быть недовольными собой и своим поведением в стрессовой ситуации, приписывать себе отрицательные качества и при этом имеют более высокую предрасположенность к нарушениям пищевого поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной целью проведенного исследования было изучение влияния субъективной оценки стресса на пищевое поведение женщин, а так же взаимосвязи копинг-стратегий и пищевого поведения. Многочисленные исследования в области нарушений пищевого поведения сводятся к исследованию адаптации, нарушению межличностных отношений и др. Исследований взаимосвязи стресса и пищевого поведения практически не представлены. На стадии задумки исследования специально были сформулированы гипотезы, подобраны респонденты, не имеющие хронических заболеваний и ранее диагностируемых расстройств пищевого поведения. В нашем исследовании мы изучили пищевое поведение респондентов, субъективную оценку стресса, проанализировали взаимосвязь пищевого поведения, субъективной оценки стресса и копинг-стратегиями.

Исходя из исследования, мы видим, что все гипотезы были подтверждены. Женщины, воспринимающие стрессовую ситуацию негативно, склонны винить себя, быть недовольными собой и своим поведением в стрессовой ситуации, приписывать себе отрицательные качества и при этом имеют более высокую предрасположенность к нарушениям пищевого поведения. Так же чем сильнее у женщины выражен эмоциогенный тип пищевого поведения, тем чаще она пользуется стратегией бегство-избегание, чаще переедает и испытывает желание есть сладкое сильнее обычного. У женщин, которые используют положительное переосмысление ситуации, преобладает рациональный подход к проблемным ситуациям, они не склонны винить себя в данной проблеме.

Данные вопросы очень актуальны в наше время. В современном мире с каждым годом возрастает число людей с нарушениями пищевого поведения, так же как и растет уровень стресса. Доказательств общего воздействия стресса на питание недостаточно и, в общем, они ограничены рамками исследований животных. Так же как и не до конца исследован тот факт, что субъективная

оценка стресса может влиять на его последствия. Однако точно можно утверждать, что стресс может оказывать разное воздействие на пищевое поведение в разных группах. Возможно, дальнейшие исследования в этой области, дадут нам больше информации об этой взаимосвязи и помогут решить некоторые проблемы пищевых отклонений. Дальнейшие исследования могут идти по следующим направлениям: механизмы воздействия стресса, факторы стресса, воздействующие на питание, группы, подверженные воздействию стресса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.

1. Абабков В. А., Перре В. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб. : Речь, 2004. - 166 с
2. Александер Франц: Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. /Пер. с англ. С. Могилевского. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. - 352 с.
3. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция /Ожирение и метаболизм. – 2004. – Т. 2.
4. Вознесенская Т. Г., Вахмистров А. В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении //Невропат. и психиатр. – 2001. - Т. 12. - С. 19-24
5. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. – Ростов "Феникс", 1998.
6. Горчакова Н.М. Особенности клинических проявлений у мужчин и женщин, страдающих нервной анорексией.: Профилактическая и клиническая медицина, - 2011. - Т. 2(39), - С. 337
7. Горчакова Н.М. Особенности эмоциональной сферы пациентов с пищевыми нарушениями // Наука и мир, 2015. - Т. 1, - № 11. - С. 97-102
8. Евсегнеев Р.А.. Психиатрия в общей медицинской практике. Руководство для врачей, МИА, - 2010. 435с.
9. Звенигородская Л. А. и др. Типы пищевого поведения и гормоны пищевого поведения у больных с метаболическим синдромом //Экспер. и клин. гастроэнтерология 2007; 1: 24. – 2007. – Т.
10. Каншин Д.В. Энциклопедия питания / [Соч.]. Вып. 1-2 Санкт-Петербург: тип. В. Безобразова и К°, 1885
11. Клиническая психология/Под ред. М. Перре, М. Бауманна, 2002г.
12. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В., Карева М. А. Практикум по психиатрии: Учеб, пособие. 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Изд-во РУДН, 1997.- 185 с.
13. Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. – М.: Медицина, 1984. – 224 с.

14. Коркина М. В. Нервная анорексия непроцессуальной природы (к вопросу о ее нозологической принадлежности и взаимоотношениях с синдромом дисморфомании). В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л.: Медицина, 1967, с. 128-151.
15. Крылов В.И. Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. СПб.: Шанс, 1995. - 87 с.
16. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1979. - 336 с.
17. Марк Коннер, Кристофер Дж. Армитейдж Социальная психология пищи.Х.: Гуманитарный центр, 2012
18. Международная классификация болезней (10-пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике/Всемирная Организация Здравоохранения; ред. Ю. Л. Нуллер, С. Ю. Циркин. - СПб. : Оверлайд, 1994. - 301 с.
19. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / – 6_е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 285 с.
20. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты / Р. Фрэнкин. - 5-еизд. - СПб.: Питер, 2003.
21. Муздыбаев, К. Стратегии совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ // Жур-л социологии и социальной антропологии. – 1998.Т.1. – №2.
22. Нартова-Бочавер, С.К. “Copingbehavior” в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. – 1997. - №5. – С. 20-30.
23. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Под ред. Д.А.Леонтьева. – М.: Смысл, 2004.
24. Обухов С. Г. Психиатрия / Под ред. Ю.А. Александровского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 352 с.
25. Останина, Н.В. Подходы к классификации копинг-поведения в научной литературе // Известия Российского гос. Пед. Ун-та им. А.И. Герцена № 70-2 2008, с. 127-131

26. Палмер Б. Нарушения питания. Все, что нужно знать. - М.: МАСТ, 2006. - 80 с.
27. Петров Д.П. Психологические и социальные аспекты ожирения / Ожирение (клинические очерки) / под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. – СПб.: Диалект, 2007. – 240 с.
28. Савчикова Ю.Л. Личностные особенности женщин с избыточной массой тела. Международный медицинский журнал №3, 2004, 83-87с.
29. Справочник по психиатрии: справочное издание / Сост. В. Д. Москаленко; Под ред. А. В. Снежневского. - 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1985. - 416 с.
30. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения : монография / О. А. Скугаревский. - Минск : БГМУ, 2007. 240 с.
31. Тихонов С.В., Нервная булимия, Под редакцией проф. В.И. Симаненкова. Санкт-Петербург.: 2015.- 15с.
32. Хамнуева Л. Ю., Андреева Л. С., Кошикова И.Н. Ожирение. Учебное пособие Иркутск.: 2007.
33. Церковский, А.Л. Современные взгляды на копинг-проблему// Вестник ВГМУ. – 2006. Т. 5. - №3. – С. 112-121.
34. Шостак В.И., Лытаев С.А. Психическая деятельность человека: Уч. пособие / Под ред. А.А. Крылова. СПб.: Деан, 1999
35. Эйдемиллер Э.Г., Билецкая М.П. Системная семейная терапия при ожирении и заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Ожирение (клинические очерки) / под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. – СПб.: Диалект, 2007. – С. 211-229.
36. Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiol Behav* 2007;91:449-458.
37. Antelman, S.M., Szechtman, H., Chin, P. and Fisher, A.E. (1975) Tail pinch-induced eating, gnawing, and licking behavior in rats, *Brain Research*, 99: 319-37.

38. Bellisle, F., Louis-Sylvestre, J., Linet. N., (1990) Anxiety and food intake in men, *Psychosomatic Medicine*, 52: 452-7.
39. Chao, A.M, Jastreboff, A.M, White, M.A, Grilo, C.M, Sinha, R. Stress, cortisol, and other appetite-related hormones: Prospective prediction of 6-month changes in food cravings and weight. View issue TOC Volume 25, Issue 4 April 2017 Pages 713–720
40. Charmandari E, Tsigos C, Chrousos G. Endocrinology of the stress response 1. *Annu Rev Physiol* 2005;67:259-284.
41. DeLongis A., Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984) The impact of daily stress on health and mood: psychological resources as mediators, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-95.
42. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
43. Fogiel M. (Ed.). The psychology problem solver. New York: REA
44. Greeno, C.G. and Wing, R.R. (1994) Stress-induced eating, *Psychological Bulletin*, 115: 444-64.
45. Grunberg, N.E. and Straub, R.O. (1992) The role of gender and taste class in the effects of stress on eating. *Health Psychology*, 11: 97-100
46. Holmes, T. J. and Rahe, R.H. (1967) The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-218
47. Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
48. Lazarus R. S., Launier R. Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: R. Nitsch (Hrsg.). *Stress: Theorien, Untersuchungen, Massnahmen*. Bern: Huber, 1981. S. 213-259.
49. Michaud, C., Kahn, J.P., Musse, N. (1990) Relationships between a critical life.
50. Moss R.H., Schaefer J.A. (1986). *Life transitions and crises // Coping with life crises. An integrative approach*. New York: Plenum Press. P. 3-28.

51. Pearlin L.I., Schooler C, (1978). The structure of coping // Journal of Health and Social Behavior (англ.)русск.. Vol. 19. №. 1. P. 2-21.
52. Perrez M., Berger R., Wilhelm P. Die Erfassung von Belastungseleben und Belastungsverarbeitung in der Familie: Self-Monitoring als neuer Ansatz // Psychologie in Erziehung und Unterricht, 1998. N 1. S. 19-35.
53. Pine C.J. (1985) Anxiety and eating behavior in obese and non-obese American
54. Stone, A.A. and Brownell, K.D. (1994) The stress-eating paradox. Psychology and Health, 9: 425-36.
55. Torres SJ, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. Nutrition 2007;23:887-894.
56. Wardle J, Chida Y, Gibson EL, Whitaker KL, Steptoe A. Stress and adiposity: A meta-analysis of longitudinal studies. Obesity 2011;19:771-778.

ПРИЛОЖЕНИЕ А.

Анкета «отношение к стрессу»

Данные анкеты являются частью научной работы, проводимой на факультете психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета, и предназначены для сбора данных, необходимых для психологического исследования. Любая информация, полученная с помощью анкет, является строго конфиденциальной.

Спасибо за Ваше сотрудничество.

Выберите утверждения, которые Вам кажутся наиболее подходящими.

1) В ситуации стресса:

1. я чувствую страх
2. я чувствую тревогу
3. я чувствую беспомощность
4. я чувствую интерес и любопытство
5. я чувствую себя воодушевленно
6. у меня потеют ладони
7. у меня пропадает голос
8. у меня повышается пульс
9. я краснею
10. я чувствую упадок сил
11. я чувствую прилив сил
12. у меня пропадает желание работать
13. я чувствую себя более мотивированным
14. я чувствую себя более внимательным и сконцентрированным
15. я чувствую себя рассеянно
16. я быстрее принимаю решения
17. я впадаю в ступор

2) В ситуации стресса:

1. Я думаю, что это негативно отразится на моем здоровье
2. Я думаю, что стресс мешает моей привычной жизни
3. Я думаю, что стресс отвлекает меня от решения проблемы
4. Стресс – это возможность обучения и развития
5. Стресс помогает мне посмотреть на проблему с разных сторон
6. Ситуации стресса развивают во мне стойкость и упорство

3) Последствия стресса для меня:

- 1) я чувствую гордость, что смогла преодолеть это
- 2) Я чувствую себя опустошенной и истощенной
- 3) Я получила новый полезный опыт
- 4) Я вижу, как стресс негативно сказался на моем здоровье Н 23.1
- 5) Я осознала ценность жизни
- 6) Я лучше начала понимать себя

4) Можете ли Вы отметить какие-либо изменения пищевого поведения во время стрессовой ситуации? Если да, то выберите подходящие утверждения:

1. Повышение аппетита
2. Снижение аппетита
3. Желание есть непривычные продукты
4. Желание есть сладкое чаще обычного
5. Тошнота или рвота
6. Потребность постоянно что-то есть
7. Еда без разбора, переедание
8. Полный отказ от пищи
9. Другое:

1. Вспомните наиболее яркую стрессовую ситуацию, случившуюся с Вами за последний год. Какие чувства Вы при этом испытывали?
2. Что Вы думали о себе в связи с этой ситуацией?
3. Как эта стрессовая ситуация в итоге повлияла на Вас?